

INSTRUCTIVO EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO (EMPA)

Cada ítem del Examen de Medicina Preventiva del Adulto está desarrollado en la Guía Clínica del Examen de Medicina Preventiva, disponible en la página web del MINSAL: http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas.html

Las notas al pie indican los documentos editados por el Programa de Salud Cardiovascular de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud que pueden ser consultados para obtener mayor información sobre los temas atingentes al EMPA.

PROCEDIMIENTO

Una persona de 15 a 64 años puede llegar a realizarse un Examen de Medicina Preventivo por iniciativa personal o por ofrecimiento del Establecimiento, mediante los mecanismos que haya diseñado para ello.

Item Identificación: registre los datos personales del solicitante.

- a. Item **Beber Problema**: Pregunte sobre consumo de alcohol. Si la respuesta es positiva, ofrezca AUDIT (Anexo 1) explicando que su resultado puede servirle para tomar decisiones. Anote puntaje obtenido. Realice consejería según el tipo de consumo de alcohol: bajo riesgo (0-7), en riesgo (8-15), problema (16-19) o dependencia (20-40). Deje constancia si la persona se niega a contestar y ofrezca otras alternativas (entrevista con profesional u otra).
- b. Item **Tabaquismo**: Pregunte a la persona si fuma. Aconseje dejar de fumar o mantenerse sin fumar. En los fumadores aplique Consejería Breve¹.
- c. Item **Obesidad**: proceda a efectuar las mediciones de peso, talla y circunferencia de cintura (CC) según técnicas estandarizadas. Registre los resultados en la ficha. Efectúe el cálculo de IMC y clasifique. Realice consejería en alimentación saludable y actividad física² en todas aquellas personas con sobrepeso u obesidad y en la mujeres con CC ≥ 88 cm o en los hombres con CC ≥ 102 cm
- d. Item **Hipertensión Arterial**: controle la presión arterial (PA) con técnica de medición estandarizada. Registre separadamente la PA sistólica y la diastólica. Refiera a perfil de presión arterial para confirmar o descartar una hipertensión arterial a toda persona con una PA igual o mayor a 140 mm Hg sistólica o 90 mm Hg diastólica en 2 mediciones consecutivas, separadas por dos minutos.
- e. Item **Diabetes Mellitus**: si la persona que consulta está en riesgo de desarrollar diabetes (tiene 40 o más años, es obeso o tiene antecedentes familiares de diabetes en familiares directos, padre, madre o hermanos) refiera a toma de muestra de glicemia en sangre venosa en ayuno de 8 horas

¹ “Cómo ayudar a dejar de fumar”, Manual para el Equipo de Salud. Programa de Salud Cardiovascular, Ministerio de Salud, Octubre 2003.

² “Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso u Obesidad”, Programa de Salud Cardiovascular, Ministerio de Salud, Mayo 2002.

como mínimo. Con un valor entre 100 y 125 mg/dl, realice consejería en alimentación saludable y actividad física; con un valor igual o mayor a 126 mg/dl, refiera para realizar un segundo examen que confirme o descarte el diagnóstico.

- f. Item **Sífilis en personas con conductas de riesgo**: pregunte a la persona si ella o su pareja ha estado expuesta a contagiarse de infecciones que se transmiten por las relaciones sexuales. Mencione que estas infecciones son más frecuentes cuando se tiene relaciones con personas del mismo sexo, con varias parejas y con personas desconocidas. Si la respuesta es positiva, refiera a examen de VDRL o RPR en sangre venosa.
- g. Item **Tuberculosis**: pregunte a la persona si ha estado con tos productiva por más de 15 días. Si la respuesta es positiva, indique baciloscopía. Entregue una caja para una 1ª muestra de inmediato y entregue otra para la 2ª muestra, con las indicaciones que corresponda.
- Item **Cáncer Cervicouterino**: si la consultante es una mujer entre 25 y 64 años, pregúntele si se ha hecho el Examen de Papanicolaou (PAP). Si la respuesta es afirmativa, registre la fecha del último examen y confirme su vigencia. Si no está vigente, tome el examen si está capacitado para hacerlo o refiera a profesional capacitado para su realización.
 - Item **Dislipidemia**³: si la persona tiene 40 años o más, refiera para toma de muestra en sangre venosa para examen de colesterol total, el que no requiere ayuno, pero en lo posible se debe evitar la ingesta de alcohol la tarde anterior a la toma de muestra. Registre los valores obtenidos. Con un valor igual o mayor a 200 mg/dl, realice consejería en alimentación saludable y promoción de actividad física; igual o mayor a 240 mg/dl, refiera para realizar un segundo examen que confirme o descarte el diagnóstico.
 - Item **Cáncer de Mama**: si la consultante es una mujer de 50 años y no se ha hecho una mamografía en el último año, refiérala para su realización. Si la persona no tiene 50 años, pero tiene indicación médica de mamografía, registre en el casillero correspondiente.

Enfatice la necesidad de que la persona vuelva con los resultados de los exámenes. Registre Observaciones, si corresponde. Registre su nombre y su firma.

³ Normas Técnicas Dislipidemias. Programa Salud del Adulto, Ministerio de Salud, 2000.

ANEXO 1

Cuestionario de Auto-diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT)

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca. Pase a la N° 9.	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					TOTAL	